

CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES DE APOYO A LAS FARMACIAS RURALES DE LA PROVINCIA DE SORIA

PLAN SORIA 2024 ANEXO DE JUSTIFICACIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y nombre / Razón Social			DNI / NIE / NIF	
Dirección		Localidad		
Provincia	Código Postal	Teléfono	Correo electrónico	
Localidad en la que se encuentra ubicada la oficina de farmacia				

DATOS DEL REPRESENTANTE (solo personas jurídicas)

Apellidos y nombre		DNI		Tel móvil	
Cargo:			Correo electrónico		

DOCUMENTACIÓN APORTADA

	Anexo de justificación
	Certificado del Colegio Oficial de farmacéuticos de Soria donde conste que el establecimiento ha estado abierto al público desde el 1 de enero de 2024 y hasta el 31 de octubre de 2024.
	PARA PERSONAS FÍSICAS
	Informe de bases y cuotas satisfechas a la Seguridad Social desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de octubre de 2024, en caso de que se solicite para el trabajador autónomo titular de la farmacia
	Justificantes de pago de los seguros sociales, documento cálculo global del trabajador entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de octubre de 2024, nóminas del trabajador firmadas por la empresa para el periodo del 1 de enero de 2024 al 31 de octubre de 2024 y justificantes de pago de las nóminas, en caso de que se solicite para un trabajador contratado por el titular de la farmacia
	PARA PERSONAS JURÍDICAS

	En el caso de personas jurídicas informe de datos para la cotización desde el 1 de enero de 2024 al 31 de octubre de 2024
	En caso de que se solicite para un trabajador contratado se deberá presentar justificantes de pago de los seguros sociales y el documento de cálculo global del trabajador entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de octubre de 2024 y nóminas del trabajador firmadas por la empresa para el período del 1 de enero de 2024 al 31 de octubre de 2024, junto con sus justificantes de pago.

En, a de.....de 2024.